

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No 28

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne VERSINI

Interne des Hôpitaux de Paris

Née le 16 avril à Marseille

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT PAR VOIE HAUTE
DANS LES
INSERTIONS VICIEUSES DU PLACENTA

Président de thèse : M. le Professeur JEANNIN

CAHORS

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(personnel intéressé)

1932



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

• THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jeanne VERSINI

Interne des Hôpitaux de Paris

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT PAR VOIE HAUTE
DANS LES
INSERTIONS VICIEUSES DU PLACENTA**

Président de thèse : M. le Professeur JEANNIN

CAHORS

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(personnel intéressé)

1932

I. Professeurs :

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	SEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicales.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicales.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET Maurice.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANCON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE H.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEN.
Clinique d'accouchement.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	FAURE J.-L.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL PIERRE.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	BERNARD LÉON.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. Agrégés en exercice :

ALAJOUANINE.	DONZELOT.	LABBÉ HENRI.	OBERLING.
AUBERTIN.	ECALLE.	LAROCHE GUY.	OLIVIER.
BINET.	FEY.	LEMAITRE.	PIEDELIEVRE.
BENARD HENRI.	GARNIER.	LEVEUF.	PORTES.
BLANCHETIERRE.	GASTINEL.	LÉVY-VALENSI.	QUERIN.
BROcq.	GATFILLIER.	LIAN.	RICHET.
BRULÉ.	GIROUD.	MERCIER FERNAND.	SEZARY.
CADENAT.	HARVIER.	MILLOT.	VALLERY-RADOT
CATHALA.	HOVELACQUE.	MOUDOR.	(Pasteur).
CHABROL.	HUGUENIN.	MOREAU.	VANDESCAL.
CHEVALLIER.	HUTINEL.	MOULONGUET.	VELTER.
DE GAUDART D'ALLAINES.	JOANNON.	MOURE.	VERNE.
DOGNON.	JOYEUX.	MULON.	VIGNES.

III. Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens :

BUSQUET.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GUÉNIOT.	NEVEU-LEMAIRE.		

IV. Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent :

ABRAMI.	CHIRAY.	LERI.	METZGER.
AUVRAY.	DEBRÉ.	LE LORIER.	MOCQUOT.
BASSET.	DUVOIR.	LÉVY-SOLAL.	PROUST.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	SCHWARTZ.

V. Chargés de cours :

MAUCLAIRE.	CHAILLEY-BERT.	LEDoux-LEBARD.	WEIL-HALLÉ.
FREY.			

A MON PERE ET A MA MERE,
*en témoignage de mon amour filial
et de ma reconnaissance.*

A MON BEAU-FRERE LE D^r EMILE WALLON

*dont je n'ai jamais eu qu'à me louer
de suivre les conseils.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR JEANNIN,

*Professeur de clinique obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Accoucheur de la Pitié,*

*à qui je veux témoigner ici ma très sincère
et très profonde admiration
ainsi que ma reconnaissance pour avoir bien voulu
inspirer et présider cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGREGÉ LEVY-SOLAL,

Accoucheur de l'Hôpital St-Antoine,

*en témoignage de ma vive gratitude et de
mon sincère attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

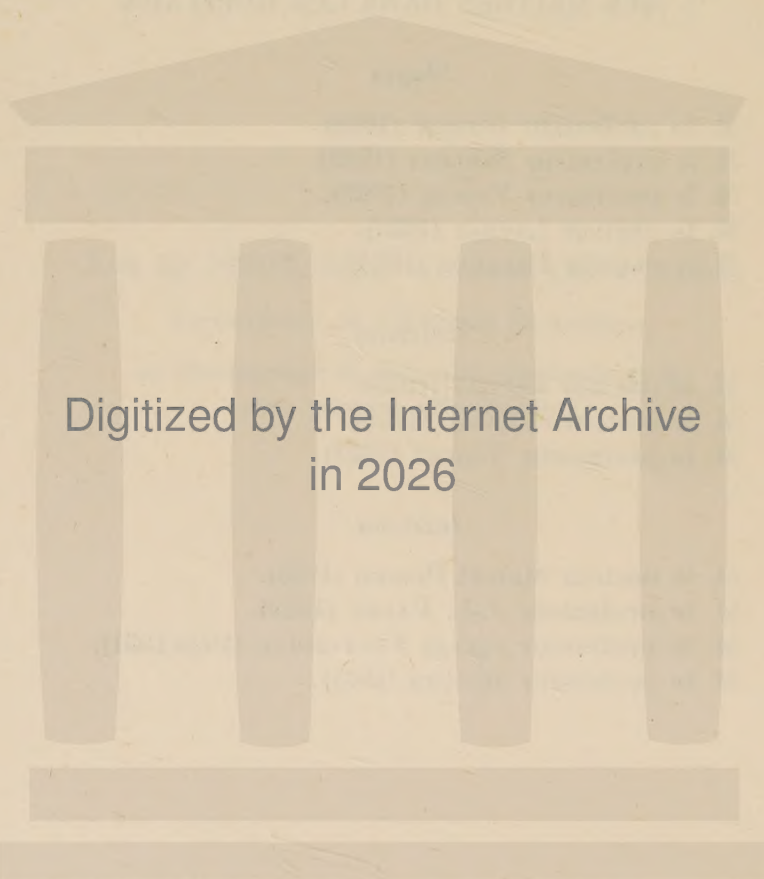
- M. le professeur GOSSET (1922).
- M. le professeur SERGENT (1923).
- M. le professeur VAQUEZ (1923).
- M. le docteur LAUNAY (1924).
- M. le docteur HALBRON (1924).

Externat

- M. le docteur LAUNAY (1925).
- M. le docteur HALBRON (1926).
- M. le professeur VAQUEZ (1927).

Internat

- M. le docteur Marcel PINARD (1928).
- M. le professeur J.-L. FAURE (1929).
- M. le professeur agrégé LÉVY-SOLAL (1929-1931).
- M. le professeur JEANNIN (1931).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551822_0024

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas de faire ici une revue générale des accidents liés à l'insertion vicieuse du placenta, ni des méthodes mises en œuvre pour y remédier.

Nous nous bornerons à étudier les différents cas d'insertion vicieuse relevés dans le service de M. le professeur Jeannin, à la Maternité de la Pitié, pendant ces six dernières années.

Nous avons tenu à limiter le champ de nos observations à un service déterminé, et si la période sur laquelle portent nos recherches se borne à un petit nombre d'années, du moins s'agira-t-il de cas suivis et souvent traités par les mêmes observateurs.

Ce n'est pas une statistique que nous voulons donner, mais les enseignements qu'on peut tirer des traitements qui ont été institués et dont nous avons pu juger les résultats.

De 1926 à 1931 nous avons pu réunir 75 observations.

Nous avons éliminé du cadre de la question tous les cas d'insertion vicieuse n'ayant donné lieu à aucun accident et dont le diagnostic n'a été fait rétrospectivement que par l'examen du placenta.

Nous avons éliminé encore les cas légers où les hémorragies peu importantes ont cédé à la simple rupture des membranes.

En réalité nous n'apportons ici que le relevé de cas, si l'on peut dire dystociques, cas toujours inquiétants et parfois graves, ayant nécessité une thérapeutique active. Sur ces 75 cas il y en eut cependant 12 dont les hémorragies cédèrent à la rupture des mem-

branes. Nous ne nous y arrêterons pas et nous retiendrons essentiellement les 63 cas qui ont pu faire hésiter entre un traitement obstétrical actif et le traitement chirurgical. Si nous les faisons figurer cependant avec les autres c'est qu'ils ont donné lieu à des accidents sérieux, à des hésitations pour le traitement à mettre en œuvre.

LES ACCIDENTS

On sait que toute l'histoire de l'insertion vicieuse du placenta tient véritablement en un mot : l'hémorragie. C'est l'hémorragie qui fait toute la gravité de cette affection, c'est d'elle que découlent les autres complications, c'est elle qu'on essaiera de combattre par les différentes méthodes que nous étudierons tout à l'heure.

La cause principale de cette hémorragie est la formation nécessaire du segment inférieur pendant les derniers temps de la grossesse et plus encore pendant le travail. Si le placenta s'insère sur cette portion de l'utérus qui va se développer au moment du travail, comme il est inextensible, il y aura fatalement clivage entre le gâteau placentaire d'une part, le segment inférieur en train de se déplisser d'autre part. On peut ajouter à cela le tiraillement des membranes par l'enfant et l'élément spécial apporté par chaque contraction utérine, mais la grande cause du décollement est sans conteste la formation du segment inférieur. Ce décollement entraîne une rupture des vaisseaux et, par suite, une hémorragie. Celle-ci peut être d'abondance variable, mais lorsqu'elle est importante elle peut causer trois sortes d'accidents :

— le plus immédiat, le plus brutal, et, en quelque sorte, le plus dramatique est le *shock*, capable en quelques instants d'entraîner la mort ;

— en second lieu l'*hémorragie* peut être grave par son abondance même et par l'anémie intense qu'elle entraîne à sa suite ;

— elle peut l'être enfin par une conséquence tar-

dive : *l'infection*. Par l'anémie qu'elle provoque elle diminue la résistance de la femme contre l'infection, d'autant plus à craindre que dans la majorité des cas il a fallu intervenir parfois après des examens répétés qui, bien que pratiqués avec toute l'asepsie nécessaire, ont cependant l'inconvénient d'amener au contact des vaisseaux béants les germes des voies génitales basses.

Le but qu'on se propose sera donc de lutter contre l'hémorragie ou tout au moins d'en limiter la durée.

En ne laissant pas la femme entrer en travail ou tout au moins en agissant dès le début du travail on empêchera la formation du segment inférieur, on évitera ainsi les hémorragies graves. C'est là l'avantage indiscutable de la césarienne abdominale sur les procédés obstétricaux.

LES MÉTHODES

Les méthodes employées dans la thérapeutique des insertions vicieuses du placenta sont multiples, et cela nous indique dès l'abord qu'elles sont toutes imparfaites. Mais, parmi elles, certaines se sont montrées franchement mauvaises et ont été peu à peu abandonnées, d'autres donnent, dans certaines circonstances, au contraire, de bons résultats.

Nous allons d'abord étudier ces différentes méthodes, leur technique, leurs avantages et leurs dangers, et nous verrons plus loin leurs indications et les enseignements qu'on peut tirer des résultats que nous en avons obtenus.

VOIE BASSE

Le meilleur hémostatique de l'utérus, c'est l'utérus lui-même à condition qu'il soit vide, et quelle que soit la méthode employée elle aura toujours pour but l'évacuation de l'utérus dans le plus bref délai.

Ceci nous permettra d'éliminer d'emblée le *tamponnement vaginal* qui n'avance en rien le travail, qui peut masquer une hémorragie qui se constitue derrière lui puisqu'il n'agit pas vraiment sur la partie saignante et qui est souvent la cause des infections les plus graves. Cette méthode, franchement défectueuse, n'est plus employée aujourd'hui et nous ne pouvons en citer un seul cas dans nos 75 observations.

Nous n'insisterons guère également sur la *dilatation forcée du col*, instrumentale ou manuelle dont nous n'avons pas non plus d'observation à apporter. Instrumentale, avec le dilatateur de Bossi, c'est une

méthode brutale et aveugle que les risques de rupture utérine ont fait complètement abandonner. Manuelle, elle est moins dangereuse et se pratique, surtout actuellement, sous anesthésie rachidienne (procédé du professeur Delmas).

Mais, de toute façon, on n'obtient pas, à proprement parler, une dilatation mais plutôt une esfraction du col qui garde toute sa longueur. Même exécutée avec douceur c'est une méthode dangereuse où les déchirures du col sont presque inévitables, heureux quand ces déchirures ne s'étendent pas au segment inférieur.

Une méthode encore franchement mauvaise, sans être cependant aussi dangereuse que les précédentes est la *méthode dite de Simpson*. Elle ne peut être employée que lorsque le col est bien dilaté et n'est indiquée que dans le cas de placenta central, nettement prævia. Elle consiste à arracher le placenta qui saigne et fait obstacle à la sortie du fœtus. Mais, en fait, si on supprime avec le placenta une des causes de l'hémorragie, on ne supprime pas la source utérine de l'hémorragie, l'utérus restant béant, élargi, élongé au niveau de son segment inférieur qui continue à suinter. En outre, cette manœuvre entraîne fatalement la mort de l'enfant et ne pourrait se défendre à la rigueur que dans le cas où la femme serait vue pour la première fois avec une dilatation très avancée, un placenta central et un enfant mort.

A vrai dire nous aurons suffisamment condamné cette méthode quand nous aurons dit que sur les trois fois où nous avons eu à l'employer, deux fois la femme est morte.

Restent à étudier maintenant les méthodes qui, sans être parfaites, sont cependant admissibles, car elles ont donné et donneront encore des résultats satisfaisants, ce qui les différencie pleinement de celles que nous venons d'envisager.

Et tout d'abord la plus simple, la plus fréquem-

ment employée : *la rupture large des membranes*. Son action est basée sur le fait que chaque contraction utérine pesant par l'intermédiaire du fœtus sur le pôle inférieur de l'œuf, les membranes extensibles vont se prêter partout à l'extensibilité ; mais alors que sur le grand côté des membranes, cette extensibilité a un large champ pour se produire, du côté où s'insère le placenta il n'y aura qu'un tout petit espace sur lequel elle pourra agir. Donc le tiraillement sur les membranes viendra alors tirer sur le placenta et contribuer à son décollement, d'où hémorragie.

En réalité, en rompant largement les membranes on n'agit que sur une des causes du décollement placentaire et non sur la principale. Car alors même que les membranes n'existeraient pas ou ne se tiraileraient pas, il n'en resterait pas moins un segment inférieur qui continuerait à s'amplifier, à se déplisser, à se cliquer sous le placenta. Ceci explique que cette méthode qui donne souvent de si bons résultats soit cependant parfois aussi parfaitement inefficace.

En outre, elle peut être parfois assez délicate à pratiquer. Lorsque le placenta est central, ou lorsque la languette placentaire recouvre notablement l'orifice interne du col, il peut y avoir une certaine difficulté à atteindre les membranes pour les rompre.

Enfin on peut lui faire encore deux critiques :

— d'une part, elle peut favoriser la procidence du cordon souvent inséré à la partie la plus basse du placenta ;

— d'autre part, alors qu'on ne cesse de répéter que la meilleure garantie contre l'infection, contre la gêne de la vie du fœtus, contre la rétraction utérine, c'est l'intégrité de l'œuf, il semble contradictoire de se priver de cette protection, alors qu'un certain nombre d'heures plus tard on sera peut-être appelé à faire une opération quelconque dans des conditions particulièrement défavorables, du fait de la non intégrité de la poche des eaux.

En résumé, on peut qualifier cette première méthode d'insuffisante. C'est la méthode des cas légers et non des cas graves. Et il semble qu'actuellement, si on ne peut pas dire qu'elle ait complètement fait faillite, elle a cependant fait une faillite limitée puisqu'elle ne tient pas tous les engagements qu'on croyait qu'elle devait tenir.

Ensuite une autre méthode est venue, à laquelle beaucoup d'accoucheurs ont attaché leur nom et tout spécialement Champetier de Ribes : *la méthode des ballons dilatateurs*. Elle consiste à introduire dans l'utérus un gros ballon qu'on gonfle sur place en vue d'un double résultat :

— d'une part, appliquer le placenta contre l'utérus, faire en somme un véritable tamponnement, mais au lieu intéressant, un tamponnement intrasegmentaire ;

— d'autre part, augmenter la dilatation et par cela hâter l'accouchement, but que toutes les méthodes tendent à atteindre.

C'est un procédé qui a été souvent employé et qui a donné d'assez bons résultats.

Cependant, sur nos 75 cas, nous ne pourrions en citer que trois observations.

C'est qu'à vrai dire, il a de multiples inconvénients. En dehors des difficultés d'ordre purement technique liées à ce qu'étant difficile à conserver, le ballon se rompt souvent quand il est en place ou laisse fuir l'eau qu'il devrait contenir, il a, en outre, cet inconvénient qu'en cas de placenta central il est impossible à placer, et si ce n'est pas là le cas le plus fréquent c'est au moins le cas le plus grave. Le ballon est un excellent agent hémostatique, mais il peut présenter des inconvénients pour le fœtus en déplaçant la présentation et en comprimant le cordon. Encore faut-il employer d'emblée le gros modèle capable d'amener une dilatation complète de l'orifice utérin et rejeter l'emploi des ballons de volume insuffisant

qui n'amènent, après leur expulsion, qu'une dilatation incomplète.

En troisième lieu, quelque parfaitement stérilisé qu'il soit, au moment où il passe le canal vulvo-vagino-cervical, il se charge très abondamment des germes contenus dans ce canal et les porte dans la région incontestablement dangereuse du segment inférieur qui, élongé, étiré, a des sinus qui ne demandent qu'à être béants. De sorte que le ballon a été cause d'un assez grand nombre de cas d'infection. C'est donc une méthode dangereuse pour la mère et surtout pour le fœtus et qu'on emploiera essentiellement chez la multipare.

La méthode de Braxton-Hicks est fondée sur le même principe, elle remplace le ballon compresseur et dilatateur par le fœtus lui-même. La main introduite dans l'utérus ira à la recherche d'un pied, tournera le fœtus et l'appliquera, l'assoiera sur le placenta. Mais cette méthode si séduisante et parfois si parfaite pour la femme a deux inconvénients qui la font très souvent abandonner. C'est, d'une part, qu'elle nécessite une dilatation suffisante à l'introduction de la main dans l'utérus, et si elle est possible chez la multipare au col souple, il n'y faut pas songer chez la primipare qui n'a pas de dilatation, c'est-à-dire dans les cas les plus difficiles et précisément les plus urgents. C'est d'autre part qu'elle entraîne presque fatalement la mort du fœtus. On comprend dans ces conditions combien ses indications peuvent être limitées. Nous avons cependant réuni 5 cas où elle a pu être employée.

Il ne nous reste plus qu'une méthode à envisager, méthode à la fois chirurgicale et obstétricale, qui permet encore d'extraire le fœtus par voie basse : *la césarienne vaginale*. Nous l'avons souvent employée puisque nous en apportons 15 observations. Le principe de l'opération consiste à supprimer l'obstacle

apporté à la sortie du fœtus par les parties molles (col et segment inférieur) et à remplacer la dilatation progressive, naturelle ou artificielle, par une ouverture aussi large que possible, obtenue par incision de ces parties molles. Après abaissement du col et décollement de la vessie et du rectum on incise le col et le segment inférieur en avant et en arrière. On peut d'ailleurs n'inciser que la lèvre antérieure. L'extraction du fœtus se fait ensuite par forceps si la tête descend, ou par version si elle reste élevée. On fait immédiatement une délivrance artificielle. Le troisième temps de l'intervention consiste en une réparation des parties utérines sectionnées, par des points séparés au catgut, un tamponnement bien serré écartant les dangers de l'hémorragie.

La césarienne vaginale présente l'immense intérêt d'être simple et d'évacuer rapidement l'utérus. Mais deux arguments plaident contre cette opération : la grande prédisposition aux hémorragies ; les très gros risques de déchirures par propagation de l'incision sur le segment inférieur friable. Elle ne sera guère pratiquée que dans les insertions latérales ou latéromarginales et lorsque le fœtus est de petit volume.

VOIE HAUTE

Nous avons vu qu'aucune des méthodes que nous venons d'étudier n'était parfaite, les unes parce que trop souvent inefficaces, les autres parce que trop dangereuses. C'est que toutes, quelles qu'elles soient, n'agissent en rien contre le facteur primordial et essentiel de l'hémorragie : l'amplication du segment inférieur et du col.

On a donc pensé à tourner la difficulté en évitant cette amplication, cause de l'hémorragie, et, pour ce faire, à enlever le fœtus par l'abdomen pour supprimer le travail. Telle est l'origine de la césarienne abdomi-

nale dans le traitement des insertions vicieuses du placenta.

Nous ne voulons pas ici faire l'apologie de la césarienne au détriment des méthodes obstétricales qui restent cependant de beaucoup les plus fréquemment employées, comme le montre suffisamment le relevé de nos observations. Mais par la discussion d'une part des critiques qu'on a opposées à la césarienne, d'autre part des avantages qu'on peut en tirer, nous voudrions montrer qu'elle nous apparaît en définitive comme une des méthodes les moins dangereuses et, par suite, comme celle qui devra, dans bien des cas graves, être préférée.

Qu'a-t-on reproché à la césarienne ?

Tout d'abord il a semblé inadmissible de tenter une opération chirurgicale grave chez une femme déjà saignée et, par conséquent, en état de moindre résistance.

A cela on peut répondre qu'un état d'anémie aiguë n'est pas une contre-indication formelle à la laparotomie, sans cela on n'opérerait plus de grossesse extra-utérine ; et que, d'autre part, l'intervention par voie haute n'est souvent pas plus shockante que certaines méthodes purement obstétricales.

En outre, le diagnostic peut être posé dès le début du travail, à un moment où la femme présente un état général parfait, et l'argument ne vaut alors plus rien.

D'autre part, on a invoqué contre la césarienne la gravité qu'il y a à ouvrir le péritoine chez une infectée, comme l'est toute porteuse de placenta prævia.

En fait toutes ces malades ne sont pas toujours infectées et l'hémorragie, si elle prépare le terrain, n'entraîne pas forcément une infection immédiate. A condition d'arriver à temps on pourra avoir un cas suffisamment pur pour pouvoir l'opérer.

En outre, on diminue considérablement les risques

d'infection en préférant à la césarienne corporéale, la césarienne basse, supra-symphysaire qu'on aurait mieux fait d'appeler segmentaire, car on y incise l'utérus au niveau du segment inférieur. Cette opération a cet immense avantage qu'elle se déroule dans une zone qui sera après cela recouverte par le péritoine et par conséquent sera en quelque sorte extériorisée de l'abdomen. C'est donc une opération qui, chirurgicalement, présente des garanties immenses par rapport à la première. Dans ces conditions on pourra intervenir par voie haute même plusieurs heures après la rupture des membranes. Parmi les 16 observations de césariennes abdominales que nous apportons, il n'y a pas un cas de césarienne corporéale. Les 16 fois on a pratiqué une césarienne supra-symphysaire.

On lui a cependant objecté qu'elle pouvait faire inciser l'utérus sur le placenta si celui-ci s'insère en avant et par suite déterminer une hémorragie redoutable chez une femme qui a déjà abondamment saigné. En réalité la clinique a montré qu'on peut très bien tomber sur le placenta sans pour cela avoir aucune hémorragie. Plusieurs de nos observations le montrent manifestement.

Reste à envisager maintenant l'hystérectomie qui peut avoir elle aussi dans l'insertion basse ses indications. Elle doit être considérée comme une intervention très sérieuse non pas seulement parce qu'elle est shockante, mais aussi et surtout parce qu'elle entraîne la suppression de la fonction. Nous verrons plus loin ses indications.

Nous avons vu ce qu'on pouvait répondre aux différentes critiques adressées à la voie haute. Faut-il en conclure que tout placenta prævia sera traité par une césarienne ? Assurément non, car la césarienne est une opération sérieuse dont les indications ne s'imposent que devant des motifs importants.

Elle a aussi ses dangers. Elle peut entraîner des

accidents immédiats d'infection : péritonite ou phlébite. A vrai dire ils sont aujourd'hui réduits au minimum par l'habitude qu'on a prise de faire des césariennes supra-symphysaires. Les accidents tardifs sont plus à considérer.

La femme qui a été césarisée présente une cicatrice utérine qui peut être le siège de rupture au cours d'un accouchement ultérieur. Là encore, la supra-symphysaire a apporté une amélioration considérable car la suture du segment inférieur semble plus solide que celle du corps utérin.

Enfin il faut compter avec les adhérences utéro-pariétales qui peuvent avoir des conséquences graves.

Quoi qu'il en soit, la césarienne malgré les avantages considérables qu'elle comporte pour la mère et plus encore pour l'enfant doit être considérée cependant comme une intervention grave et sa pratique systématique en cas d'insertion vicieuse ne peut être que rejetée.

LES INDICATIONS DE LA VOIE HAUTE

Nous avons étudié les différentes méthodes auxquelles on pouvait avoir recours en présence d'une hémorragie par insertion vicieuse.

Nous avons vu les avantages qu'on pouvait tirer de la voie haute dans des cas où les méthodes purement obstétricales n'aboutissaient qu'à des échecs. Aujourd'hui on tend de plus en plus à en élargir les indications non seulement pour les garanties qu'elle donne vis-à-vis de la mère, mais aussi pour les succès qu'elle donne au point de vue du pronostic fœtal, en permettant l'extraction d'enfants vivants.

INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE

Quels sont donc les cas où l'on est autorisé à avoir recours à la césarienne ?

Il faut distinguer tout d'abord si la femme est vue pendant la grossesse ou pendant le travail, car la conduite à tenir en sera très différente.

1. Pendant la grossesse

La condition primordiale pour avoir le droit d'employer la voie haute c'est que l'enfant soit non seulement vivant, mais encore viable. C'est dire qu'on n'envisagera même pas la possibilité d'une césarienne à 6 mois 1/2 ou 7 mois de grossesse, à moins qu'on ait la main forcée par une hémorragie extrêmement grave, ce qui est exceptionnel. On n'interviendra donc que sur une grossesse avancée, à terme ou au voisinage du terme.

On n'interviendra pas non plus après la première hémorragie, sauf le cas très particulier de la multipare dont le col est béant ce qui permet, avant tout début de travail, de faire le diagnostic du placenta central.

Mais en général le toucher ne donne que des renseignements insuffisants ; le segment inférieur peut sembler distendu, matelassé dans ses hauteurs, mais rien ne peut faire conclure au siège exact du placenta.

Le mieux est d'attendre, laisser la femme répéter ses hémorragies. Le plus souvent on voit ces malades supporter très bien ces pertes de sang qu'elles réparent les jours où elles ne saignent pas et arriver ainsi à terme pour accoucher spontanément.

Mais la femme sera sous une surveillance rigoureuse, car s'il y en a qui supportent très bien ces hémorragies répétées, d'autres s'anémient progressivement comme le montrent les examens de sang successifs où la teneur en globules rouges baisse régulièrement. Si l'intervention chirurgicale semble peu tentante chez des femmes ainsi anémiées, il faut cependant savoir s'y résigner à temps, si l'état de la femme semble trop grave pour qu'on puisse continuer à différer l'intervention.

En somme, en dehors des cas de placenta central sûrement reconnu chez une femme près du terme, les indications de la césarienne pendant la grossesse sont rares.

On immobilisera la femme, on essaiera de calmer la contractilité utérine, on remontera son état général, tout cela pour gagner du temps et atteindre ainsi la viabilité de l'enfant.

2. Pendant le travail

Si peu avancé que soit le travail, on a presque toujours une dilatation ou au moins une déhiscence

du col suffisante pour reconnaître si l'on tombe sur les membranes ou sur le placenta.

Si l'insertion du placenta est latérale ou latéromarginale, c'est-à-dire si le placenta ne s'insère en aucun point sur le col, on ne sentira au toucher que des membranes, même à une dilatation très avancée.

Dans ce cas on voit en général les hémorragies céder à la rupture des membranes et à dilatation complète, on pourra extraire le fœtus par forceps ou version si le travail traîne et que l'hémorragie continue. Il serait donc tout à fait osé de faire une césarienne dans ce cas.

Au contraire si l'insertion est centrale ou centropartielle, c'est-à-dire si le placenta s'insère sur la totalité ou sur une partie du col, on tombera par le toucher sur la masse placentaire, soit sur toute l'étendue de la dilatation, soit sur une partie importante.

C'est l'indication absolue de l'intervention par voie haute. Quand faudra-t-il agir ?

Lorsqu'on a reconnu une insertion centrale du placenta, il faut intervenir le plus tôt possible. C'est une opération d'urgence car d'une minute à l'autre la femme peut faire une hémorragie très abondante mettant gravement sa vie en danger. La garantie du succès, tant pour la mère que pour l'enfant, c'est la précocité de l'intervention à un moment où la femme présente encore un bon état général, où l'enfant n'a pas eu encore le temps de souffrir par décollement de son placenta.

OBSERVATION 1

Mme M... Augustine, primipare de 29 ans, est admise à la salle de travail le 17 septembre 1931 pour hémorragies. D. R. le 9 décembre.

Rien à signaler dans les antécédents personnels et héréditaires.

La grossesse a été parfaitement normale jusqu'au 7^e mois.

La femme présente alors une hémorragie qui la force à garder le lit une huitaine de jours.

A partir de ce moment les hémorragies réapparaissent toutes les 3 semaines environ mais restent insignifiantes.

Le 17 septembre, la femme est amenée à l'hôpital perdant assez abondamment depuis 48 heures.

L'état général est cependant excellent : le facies coloré, le pouls régulier et bien frappé.

A l'examen : grossesse à terme ; tête en bas très mobile ; auscultation positive.

Au toucher : dilatation 1^{re}, on tombe sur la masse placentaire. Le doigt n'atteint en aucun point les membranes.

Il s'agit donc d'un placenta central, et on décide l'intervention par voie haute.

Césarienne supra-symphysaire. On tombe sur le placenta qui s'insère en avant et en bas. Mais aucune hémorragie à l'intervention.

Extraction d'un enfant vivant pesant 3.000 gr

Placenta 470 gr.

Suites opératoires excellentes. La mère et l'enfant sortent 3 semaines après en parfait état.

Voici une autre observation qui montre mieux encore combien les accidents peuvent se précipiter et la nécessité qu'il y a à agir vite.

OBSERVATION 2

Mme M... Anne-Marie, primipare de 22 ans, est admise à la salle de travail le 21 octobre 1931, à 10 h. 30.

D. R., le 17 février. La grossesse a évolué normalement. Rien à noter dans les antécédents.

Depuis quelques heures la femme dit avoir perdu du sang assez abondamment. Mais à son entrée l'état général semble excellent, le pouls est bien frappé. A l'examen on trouve une grossesse de 8 mois 1/2 environ. La tête est en bas, très mobile, l'auscultation positive.

Au toucher la dilatation est aux environs d'une petite paume de main et le doigt partout ne trouve que du placenta. On ne sent aucune présentation.

On pose le diagnostic de placenta central et on décide d'intervenir. Pendant les préparatifs la femme saigne d'une façon sinon abondante, du moins continue. Elle pâlit, accuse des frissons et des vertiges. On la trouve couverte de sueurs froides, le pouls est imperceptible, les bruits du cœur difficiles à percevoir. On intervient immédiatement.

Césarienne supra-symphysaire. Placenta nettement central. Extraction d'un enfant vivant pesant 2.300 gr. Placenta 430 gr.

Les suites de couches sont normales. L'enfant augmente de poids régulièrement.

Donc placenta central chez une femme à terme, ou au voisinage du terme, avec enfant vivant = césarienne supra-symphysaire.

C'est l'indication de beaucoup la plus importante. Les 16 césariennes qui ont été faites l'ont été pour placenta central.

Est-ce la seule ?

Nous avons dit tout à l'heure qu'en général au cours du travail le diagnostic d'insertion centrale était assez facile. Parfois cependant, en particulier chez la primipare, le col peut être encore fermé. Rien n'indiquera si l'insertion est centrale ou latérale. Mais la femme peut être anémiée par des hémorragies répétées et l'on sait que cette anémie est souvent plus grave que celle de la femme qui saigne brusquement très abondamment.

Que l'insertion soit centrale ou non, il importe peu : il s'agit sûrement d'une insertion vicieuse et il faut arrêter l'hémorragie. On fera donc une césarienne, parfois complétée par une hystérectomie, comme nous le verrons tout à l'heure.

L'extrême abondance de "hémorragie est donc une indication à intervenir par voie haute.

Reste une indication qui ne vaut guère que chez la primipare : c'est le défaut de dilatabilité du col. Chez la multipare le col est en général souple et élastique ; il se dilatera assez facilement par les procédés obstétricaux permettant la terminaison de l'accouchement par voie basse.

Chez la primipare au contraire, il est en général résistant, peut présenter même un certain degré de rigidité contre-indiquant nettement les procédés

obstétricaux. Nous avons vu dans quels cas on pourra recourir à la césarienne vaginale. Mais le plus souvent on choisira la supra-symphysaire et c'est chez la primipare surtout qu'on pourra élargir le cadre des indications de la voie haute.

Enfin certaines autres indications doivent être encore signalées. On aura recours à la césarienne chaque fois qu'une dystocie surajoutée semble devoir apporter une gêne aux manœuvres obstétricales. Nous signalerons également la mauvaise qualité du muscle utérin, ainsi chez la primipare âgée où le travail risque d'être prolongé.

Le volume de l'enfant, le nombre des grossesses antérieures, le désir de la femme d'avoir un enfant sont aussi des facteurs dont il faudra tenir compte. Ce dernier point surtout est important et le seul fait que la femme veut absolument un enfant autorise l'intervention chirurgicale par voie haute.

INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE

Nous avons déjà vu combien une pareille intervention était grave, tant immédiatement que pour l'avenir, surtout s'il s'agit d'une femme jeune. On ne la pratiquera donc que lorsqu'on aura la main forcée par les événements, et c'est en général devant les cas les plus graves qu'on se résoudra à cette thérapeutique.

Plusieurs raisons peuvent rendre l'hystérectomie nécessaire. Mais la plus importante est peut-être l'abondance de l'hémorragie. On se trouve parfois en présence de femmes qui ont saigné si abondamment qu'on ne peut leur laisser courir le risque d'une nouvelle hémorragie, fût-elle infime, car on a l'impression qu'une nouvelle spoliation sanguine, même insignifiante, les emporterait.

Seule la ligature des pédicules utérins arrête l'hémorragie de façon rapide et sûre : c'est donc à l'hystérectomie qu'on aura recours.

OBSERVATION 3

Mme C... Alphonsine, 9^e pare, de 35 ans, est admise à la salle de travail le 9 janvier 1930, à 22 heures.

Elle a 7 enfants vivants, 5 nés à terme, 2 prématurément aux 7^e et 8^e mois. A sa huitième grossesse, elle a présenté une hémorragie avant l'accouchement qui se fit au 8^e mois d'un enfant mort et macéré.

Grossesse actuelle : D. R. le 16 mai.

Depuis le mois de novembre la malade a présenté à trois reprises des hémorragies qui ont cédé au repos et qui sans être très abondantes ont fatigué et anémié la femme.

Le 9 janvier l'hémorragie reprend avec une extrême abondance. La femme est amenée d'urgence, pâle, décolorée. Le poulx est imperceptible. L'examen pratiqué rapidement, car la femme saigne à flot, montre qu'il s'agit d'un placenta central. L'intervention est décidée et on hésite d'autant moins à faire une hystérectomie que la femme a 35 ans et qu'elle a 7 enfants vivants.

Extraction d'un enfant vivant pesant 2.260 gr.

Transfusion de 400 gr.

La femme sort bien portante au 23^e jour.

L'état peut être grave non pas tant par l'importance de l'hémorragie du travail que par l'anémie progressive liée aux hémorragies répétées.

OBSERVATION 4

Mme L... Léonie, 4^e pare, de 36 ans, est admise au dortoir le 12 décembre 1929 pour pertes sanguines.

Elle a 3 enfants vivants, bien portants.

D. R. en mars.

Le 7 décembre, hémorragie de sang rouge liquide avec de gros caillots.

Le 12 décembre, nouvelle hémorragie très abondante.

A l'examen : grossesse de 8 mois 1/2, fœtus en transverse, auscultation positive.

Jusqu'au 27 décembre les hémorragies se succèdent sans presque d'interruption. La malade se plaint de vertiges et d'étourdissements. Numération globulaire : 3.000.000 de globules rouges.

Le 27 décembre nouvelle hémorragie qui, survenant chez

cette femme déjà si anémiée, indique de toute urgence l'intervention.

Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie.

Garçon vivant pesant 3.150 gr.

Placenta 750 gr.

La femme quitte le service en bon état le 23 janvier.

L'enfant est décédé au 12^e jour.

A côté de ces interventions décidées à l'avance, on peut être amené à pratiquer l'hystérectomie si, au cours d'une césarienne entreprise chez une femme déjà très affaiblie, on constate une abondante hémorragie par inertie utérine. L'intervention a l'avantage de faire gagner du temps et, dans quelques cas graves, il est certain que la ligature des vaisseaux entraîne beaucoup plus rapidement l'arrêt des hémorragies qu'on ne l'obtiendrait avec tout autre moyen. On la pratiquera donc chaque fois qu'on sera dans la nécessité de réaliser immédiatement une hémostase définitive.

OBSERVATION 5

Mme B... Lucie, quartipare de 33 ans, est admise le 9 avril 1929 pour pertes sanguines. Sur les 3 grossesses antérieures il ne lui reste qu'un enfant vivant.

D. R. le 18 novembre.

A plusieurs reprises, du 9 avril au 26 mai, la femme présente de nouvelles hémorragies, les unes légères, les autres abondantes. A cette date l'hémorragie devient si importante qu'elle commande de toute urgence l'intervention.

On fait d'abord une césarienne supra-symphysaire. Mais la femme continue à saigner. Elle se shocke malgré le sérum intraveineux et la transfusion.

On décide alors de lui faire une hystérectomie subtotale. Suites normales.

Dans d'autres cas ce sont les altérations utérines constatées au cours de l'intervention qui obligent à faire une hystérectomie.

Le placenta peut présenter des adhérences si intimes avec le segment inférieur qu'on ne pourrait l'enlever sans déchirer le muscle utérin.

OBSERVATION 6

Mme T..., primipare de 25 ans, est admise le 28 février 1927 pour hémorragies.

Dans les antécédents on note 2 avortements : l'un de 6 semaines, l'autre de 3 mois.

Grossesse actuelle : la femme a toujours été réglée et brusquement a présenté une grosse hémorragie le 28 février.

A l'examen : l'état de la femme n'est pas alarmant. La grossesse paraît à terme, l'utérus est tendu ce qui rend le palper difficile.

Au toucher le col est largement perméable et on ne sent pas du tout de membranes, il semble qu'on trouve partout du placenta. Il s'agit vraisemblablement d'une insertion centrale.

Quelques instants après, la femme fait une forte hémorragie, le sang coule à flot : sang liquide, rouge, sans caillot. La malade devient subitement très mal. Le faciès est décoloré et froid, le pouls d'abord misérable et petit devient rapidement imperceptible.

La femme est transportée d'urgence à la salle d'opération où on lui fait une césarienne.

Extraction de 2 fœtus du sexe masculin pesant 400 et 410 gr.

La délivrance par suite de très fortes adhérences ne peut être décollée. Le segment inférieur saigne abondamment. On fait alors une hystérectomie subtotale et on retire la cupule de placenta insérée sur le col. La femme est très mal. Pendant l'intervention, on lui fait 2 litres de sérum intra-veineux.

Après l'opération, l'état de la femme étant toujours alarmant on lui fait une transfusion de 400 gr.

Elle sort le 20 avril en bon état.

OBSERVATION 7

Mme P... Madeleine, 5^e pare de 41 ans, entre au dortoir le 3 février 1927 pour hémorragie.

4 grossesses normales.

Grossesse actuelle : D. R. le 20 mai.

Le 11 décembre la femme perd subitement et sans cause apparente une grande quantité de sang rouge, liquide, avec de gros caillots. Elle garde le repos complet pendant trois semaines.

L'hémorragie reprend brusquement le 31 janvier.

A l'examen d'entrée : tête en bas mobile ; col très mou, dilatable comme 1^F ; auscultation positive.

Le 5 février la femme perd de nouveau abondamment. Elle est très pâle. Le pouls est petit.

A l'examen : présentation très élevée. Segment inférieur très mal formé. Col non effacé, dilatable comme 2^F. On sent des membranes extrêmement rugueuses.

Il s'agit donc vraisemblablement d'un placenta marginal, mais l'abondance de l'hémorragie commande l'intervention.

Au cours de son transport à la salle d'opération la femme fait une syncope et perd toujours abondamment. Son état est de plus en plus grave. On fait une césarienne corporéale.

Extraction d'une fille vivante pesant 2.450 gr.

Le placenta est inséré sur la face antérieure du segment inférieur. On n'arrive pas à l'extraire en raison d'adhérences inter-utéro-placentaires extrêmement serrées. On fait une hystérectomie subtotale. Suites normales.

Une autre indication de l'hystérectomie est l'infection. On sait combien le placenta prævia prédispose à l'infection et, lorsque celle-ci sera nettement caractérisée, un seul traitement peut empêcher sa généralisation : c'est l'hystérectomie. Lorsqu'une femme présente des signes nets d'infection utérine avec grosse température, pouls rapide, il faudra intervenir.

Mais la discrimination est bien délicate, lorsque l'infection est légère, entre les cas où il faut faire une hystérectomie et ceux où une simple supra-symphysaire avec drainage pourrait suffire. Il n'y a pas de règle précise et en fait, comme avec la supra-symphysaire on a déjà de sérieuses garanties, il faut des cas d'infection déjà bien graves pour décider l'hystérectomie.

Dans nos 11 cas de césarienne avec hystérectomie

il n'y en a pas un où l'intervention ait été décidée à cause de l'infection.

Mais à côté des cas où l'infection est nettement caractérisée et où l'hystérectomie s'impose de par ce fait, il faut surtout insister sur ceux où la femme ne présente pas encore de signes d'infection, mais n'est vue qu'après avoir subi de nombreux examens et surtout des manœuvres ayant pour but d'accélérer le travail, telle que pose de ballon par exemple.

On ne peut considérer ces cas comme assez « purs » pour oser les traiter par césarienne même supra-symphysaire et ils commandent l'hystérectomie.

Telles sont les principales indications de l'hystérectomie dans l'insertion vicieuse du placenta. Il est certain qu'on sera plus tenté de la pratiquer lorsqu'il s'agit d'une grande multipare pour qu'elle coure le moins de risques possible dans les suites opératoires et puisse élever ses enfants. On sera évidemment plus timoré chez la primipare jeune à laquelle on hésitera à faire une intervention mutilante.

Sur les 11 cas d'hystérectomie que nous avons relevés nous en trouvons 8 qui sont des femmes étant à leur 4^e, 5^e, 9^e voire même 15^e grossesse. Sur les 3 autres cas, une était une secundipare ayant déjà subi une césarienne pour bassin rétréci, les 2 autres étaient des primipares ; pour l'une on a eu la main forcée par l'abondance de l'hémorragie, pour l'autre (observation 6) par les adhérences inter-utéro-placentaires.

LES RÉSULTATS

Nous apportons ici les résultats de 75 cas observés au cours de ces 6 dernières années à la Maternité de la Pitié.

Nous désirons d'abord donner un tableau général du nombre de fois où chaque méthode a été employée, tant chez la primipare que chez la multipare, qu'il s'agisse de placenta central ou latéral, avec les résultats que nous en avons obtenus chez la mère et chez l'enfant.

(Voir le tableau page 34)

Ces résultats nous semblent particulièrement intéressants à étudier à certains points de vue et nous voudrions maintenant, grâce à ce tableau, comparer les indications et les résultats de la voie haute et de la voie basse, d'une part, au point de vue de la parité, d'autre part, au point de vue du siège du placenta. En troisième lieu nous ferons la critique des cas qui se sont terminés par la mort, soit de la mère, soit de l'enfant et cela nous permettra peut-être d'en tirer des conclusions pour la conduite à tenir en cas d'insertion vicieuse.

LA PARITÉ

Il était d'usage autrefois de dire qu'alors que l'éclampsie était la grande complication des primipares, l'insertion vicieuse se voyait presque exclusivement chez les multipares. En fait, de nombreuses statistiques sont venues réformer cette conception.

Pour notre part, nous avons observé l'insertion vicieuse

20 fois chez la primipare ;

55 fois chez la multipare.

75 OBSERVATIONS

Cas traités par voie haute = 27

	1926	1927	1928	1929	1930	1931		Pl centraux	Pl latéraux
Césariennes supra-sym- physaires	— 1	— 3	— 1	— 1	— 3	— 7	= 16	— 16	—
Césariennes avec hys- térectomie		3	1	4	1	2	= 11	9	2

Primipares = 9 { césariennes supra-symphysaires = 7.
césariennes avec hystérectomie = 2.

Multipares = 18 { césariennes supra-symphysaires = 9 6(2^e) 1(3^e)
1(4^e) 1(5^e).
césariennes avec hystérectomie = 9 1(2^e) 3(4^e)
2(5^e) 2(9^e) 1(15^e).

RÉSULTATS

Mères, 3 décès { 1 césarienne supra-symphysaire.
2 césariennes avec hystérectomie.
Enfants : 7 décès { césariennes supra-symphysaires 4, tous à terme.
césariennes avec hystérectomie 3, 1 prématuré
2 à terme.

Cas traités par voie basse = 48

Placentas centraux : 7
Placentas latéraux : 41

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Primi- pares	Multi- pares
Rupture des mem- branes.....	— 6	— 1	—	—	— 2	— 3	— 1	— 11
Forceps.....	2	1					3	
Extraction de siège	2	1					1	2
Version.....			1		2	1	3	1
Braxton Hicks....		3			1	1		5
Simpson.....					2	1		3
Ballon de Cham- petier.....				1	1	1	1	2
Césariennes vagi- nales.....	4	3	4	2	1	1	2	13
	14	9	5	3	9	7	11	37

RÉSULTATS

mères 5 décès = 2 cés. vaginales, 1 version, 2 Simpson.
Enfants 18 décès = 14 prématurés, 4 près du terme.

Nous pourrions donc dire que l'insertion basse se voit dans plus du tiers des cas chez la primipare. C'est un peu plus que les chiffres donnés par Desoubry qui trouve 15 primipares sur 60 cas.

L'insertion vicieuse se voit donc tout de même plus fréquemment chez les multipares et il semble que ce soient les secundipares et les tertipares réunies qui totalisent le plus grand nombre de cas.

Sur 55 multipares nous en trouvons chez nous 26.

La parité est-elle un élément qui compte dans le choix de l'intervention ? Cela n'est pas discutable.

Nous avons vu que chez la multipare à col souple, à moins d'avoir la main forcée par l'abondance de l'hémorragie, on aura plutôt tendance à choisir la voie basse.

Sur 55 multipares nous notons :

18 cas d'intervention par voie haute ;

37 cas d'intervention par voie basse.

Sur 20 primipares nous notons :

9 cas d'intervention par voie haute ;

11 cas d'intervention par voie basse.

C'est dire que chez la primipare on est intervenu par voie haute à peu près une fois sur deux. Chez la multipare presque exactement une fois sur trois.

Si l'on envisage uniquement les cas de césarienne supra-symphysaire simple, sans hystérectomie, les chiffres sont encore plus nets.

Sur 20 primipares, 7 césariennes,

donc à peu près le tiers.

Sur 55 multipares, 9 césariennes,

donc à peu près le sixième.

La césarienne a donc été faite deux fois plus souvent chez la primipare.

LE SIÈGE DU PLACENTA

Nous avons vu déjà qu'on pouvait réunir les différentes localisations placentaires en 2 groupes :

— d'une part, les placentas centraux, groupe dans lequel on fait entrer les centro-partiels. Ce sont tous ceux qui prennent insertion sur le col ;

— d'autre part, les placentas latéraux, groupe dans lequel on fait entrer les placentas marginaux. Ce sont ceux qui s'insèrent sur le segment inférieur, parfois tout au bord du col, mais sans empiéter sur lui.

Sur 75 cas nous trouvons :

32 placentas centraux ;

43 placentas latéraux.

Comment se répartissent-ils au point de vue du traitement ?

Pl. centraux : 25 interventions par voie haute ;

7 interventions par voie basse.

Pl. latéraux : 2 interventions par voie haute ;

41 interventions par voie basse.

Ces chiffres viennent illustrer ce que nous avons vu plus haut à savoir que l'insertion centrale commande en général la voie haute.

Nous voulons attirer particulièrement l'attention :

— d'une part, sur les 7 cas d'insertion centrale qui ont cependant été traités par voie basse ;

— d'autre part sur les 2 cas d'insertion latérale qui ont nécessité la voie haute.

1. Placentas centraux traités par voie basse

L'étude des observations va nous montrer pourquoi dans ces 7 cas on n'est pas intervenu par voie haute.

Sur ces 7 cas nous en notons 3 où l'enfant était mort au moment où l'on a été amené à intervenir. La voie haute semblait donc *à priori* absolument contre-indiquée.

Quelles méthodes a-t-on employées ?

une fois la méthode de Braxton-Hicks ;
deux fois la manœuvre de Simpson.

OBSERVATION 8

Mme G... Joséphine, tertipare de 30 ans, est admise à la salle de travail le 9 avril 1930 pour hémorragie.

1^{re} grossesse en 1923 ; accouchement normal, fille pesant 2.200 gr.

2^e grossesse en 1926 ; accouchement normal, fille pesant 3.700 gr.

Grossesse actuelle : D. R. en août.

Un mois avant son entrée la femme a eu quelques pertes sanguines mais insignifiantes.

Aux premières contractions l'hémorragie reprend et à son arrivée à la Pitié la femme présente une hémorragie très importante nécessitant la mise en position déclive. On fait 500 cm³ de sérum sous-cutané.

Le poulx est à 140.

A l'examen : grossesse de 7 mois environ, présentation transversale.

Pas d'auscultation.

Au toucher on ne sent pas de présentation. Le col est perméable. Ce toucher ramène des caillots et provoque une hémorragie assez importante.

2 heures après la femme saigne toujours. La dilatation est à 2^e avec un col long. A travers le segment inférieur et par l'orifice du col on sent une masse paraissant être le placenta.

Rupture artificielle des membranes qu'on atteint en haut et à droite.

Manœuvre de Braxton-Hicks.

Le tronc est difficile à extraire : éviscération.

Basiotrypsie sur tête dernière.

Extraction d'un enfant pesant 1.840 gr. sans viscères ni matière cérébrale.

Délivrance immédiate 450 gr.

Pendant l'intervention 500 cm³ de sérum intraveineux. Adrénaline. Huile camphrée.

Suites de couches apyrétiques.

Il s'agissait ici d'une multipare, enceinte de 7 mois, dont le fœtus était mort et chez laquelle on a été obligé

d'intervenir avant que la dilatation fût complète. Le fœtus était en transverse : on ne pouvait donc songer, après rupture artificielle des membranes, à laisser l'accouchement suivre son cours. Il fallait verticaliser le fœtus : c'est ce que la méthode de Braxton-Hicks a permis de faire. Elle ne pouvait avoir d'inconvénient dans ce cas puisque le fœtus était mort, et elle a été rendue possible, sinon facile, par le fait qu'il s'agissait d'un placenta centro-partiel, et que, d'autre part, malgré sa petite dilatation, le col très souple permettait l'introduction de la main.

OBSERVATION 9

Mme N..., 6^e pare de 36 ans, entre le 6 février 1931 pour hémorragie.

D. R. le 28 juillet. La grossesse a jusque là été normale et la femme n'a commencé à saigner qu'au début du travail.

A l'examen : grossesse de 6 mois 1/2 environ ; tête en bas très mobile. Auscultation négative.

Au toucher, dilatation : petite paume, on sent partout du placenta.

La femme saigne abondamment. On décolle le placenta et on extrait après version un fœtus mort pesant 1.110 gr.

Suites de couches normales.

OBSERVATION 10

Mme F..., 4^e pare de 42 ans, est admise à la salle de travail le 2 novembre 1930 pour hémorragie.

3 accouchements à terme. Un enfant mort de convulsions.

2 accouchements prématurés au terme de 6 mois.

Grossesse actuelle, D. R. le 11 avril.

A l'examen la femme présente un mauvais état général : elle est très pâle (elle a été soignée antérieurement pour aortite).

Elle dit avoir eu des hémorragies dès le 5^e mois de sa grossesse, puis, brusquement, dans la nuit du 1^{er} au 2 novembre, une perte très abondante qui nécessite son admission dans le service.

Dans la journée du 2 novembre elle ne perd plus, puis à 19 h. elle fait une hémorragie très abondante suivie de shock.

On lui fait alors 10 cm³ d'huile étherée camphrée, 500 cm³ de sérum de Normet intraveineux.

A l'examen on trouve une grossesse de 6 mois environ, une tête en bas mobile. Pas d'auscultation. Le col est perméable laissant pénétrer 2 doigts. On reconnaît ainsi un placenta prævia-centro-partiel.

La femme continuant à perdre, on décide d'intervenir. Température 38°5.

Manœuvre de Simpson. Extraction par morcellement d'un fœtus pesant 900 gr. Placenta 290 gr.

Révision utérine et tamponnement intra-utérin car la femme continue à saigner. Ergotine, hypophyse, 500 cm³ de sérum, huile camphrée, transfusion 400 gr.

Dans les jours qui suivent la femme fait une température qui oscille entre 39 et 40. Un grand frisson le 8^e jour avec 40 à 41. Meurt chez elle quelques jours après.

Dans les 2 cas, la mort du fœtus, son petit volume, le fait qu'il s'agissait de grandes multipares, la nécessité d'intervenir vite, sont autant de facteurs qui ont autorisé le choix de cette méthode.

Dans le 2^e cas, cependant, on peut se demander, étant donné les résultats, si une hystérectomie n'eût pas été préférable chez une femme qui présentait déjà une température à 38°5 avant l'intervention.

Il est juste de dire qu'on peut toujours hésiter à décider une opération aussi importante que l'hystérectomie chez une femme déjà en état de shock et qui, de plus, était atteinte d'aortite.

Dans les 4 cas qu'il nous reste à étudier, l'enfant était vivant avant le début de l'intervention. Pourquoi n'a-t-on pas fait une césarienne supra-symphysaire ?

OBSERVATION 11

Mme A... Victoire, 5^e pare de 27 ans, entre au dortoir le 24 janvier 1928, au 7^e mois de sa grossesse pour pertes sanguines.

4 grossesses normales avec enfants vivants.

Grossesse actuelle, D. R. le 12 juin.

Jusqu'au 14 février la femme présente, à de très nombreuses

reprises, des hémorragies plus ou moins abondantes. A cette date elle entre en travail et perd très abondamment. L'enfant est vivant. La grossesse au 8^e mois environ. La dilatation de 5^e permet de sentir le placenta qui s'insère à droite et en arrière : c'est un placenta centro-partiel.

On fait une césarienne vaginale.

Extraction d'un enfant vivant pesant 2.720 gr.

Placenta : 440 gr.

Suites normales.

Il s'agissait dans ce cas d'une grande multipare à parties molles très souples. La grossesse n'était qu'au terme de 8 mois et l'enfant ne semblait pas très gros. En outre, il s'agissait d'un placenta centro-partiel et on pouvait passer la main dans l'utérus pour faire la version sans trop dilacérer le placenta.

OBSERVATION 12

Mme D... Thérèse, 2^e pare de 21 ans.

Une grossesse normale en 1928.

Grossesse actuelle, D. R. le 22 octobre. Est admise le 5 juin 1929 pour pertes sanguines apparues à 4 reprises successives depuis le 17 mai.

Le 13 juin après une nouvelle hémorragie très abondante les contractions utérines apparaissent.

La dilatation est de 2^e et on sent partout le placenta. La tête est haute et mobile. L'auscultation positive, mais la grossesse est à peine de 7 mois 1/2.

Une nouvelle hémorragie apparaissant on décide d'intervenir et on fait une césarienne vaginale.

Extraction après version d'une fille ayant fait quelques inspirations et pesant 1.690 gr.

Délivrance artificielle immédiate.

Révision utérine.

Sérum intraveineux et sous-cutané.

Suites normales.

OBSERVATION 13

Mme Le D... Louise, 2^e pare de 22 ans.

Une grossesse normale en 1930.

Grossesse actuelle, D. R. fin septembre.

Est admise le 5 mai 1931 pour hémorragie.

La présentation est mobile, l'auscultation positive.

A travers le col perméable on sent des cotylédons.

Le lendemain il se produit une nouvelle hémorragie très abondante. Le pouls est petit et filant.

On pose un ballon de Champetier de 220 cm³.

Dans l'après-midi expulsion du ballon. Quelques instants après on voit apparaître à la vulve des cotylédons presque immédiatement suivis de la présentation d'un siège décomplété.

Expulsion d'un fœtus mort-né pesant 1.590 gr.

Placenta : 320 gr.

Révision utérine.

Suites normales.

Dans ces 2 derniers cas l'enfant était loin du terme. Sa viabilité étant plus que douteuse, il semblait logique de s'en tenir à la voie basse.

OBSERVATION 14

Mme R... Juliette, 4^e pare de 27 ans, est admise à la salle de travail le 19 mars 1930 pour hémorragie.

D. R. le 28 juillet.

Grossesse de 8 mois environ, tête mobile, auscultation positive. La dilatation de petite paume environ permet de sentir partout du placenta. La femme est dans un état si grave qu'on n'ose pas lui faire courir le risque d'une hystérectomie. Manœuvre de Simpson. Décollement du placenta. Extraction après version d'une fille vivante pesant 2.490 gr., ranimée après 10' de soins.

Placenta : 550 gr.

La femme présente un état de shock de plus en plus accentué. Sérum de Normet intraveineux. La femme ne saigne plus et ne semble pas avoir beaucoup perdu. Elle est plus shockée que saignée.

Décès de la femme 30' après l'opération.

Comme il s'agissait dans ce cas plus d'une question de shock que d'une question d'hémorragie, il est vraisemblable que la malade n'aurait pas plus supporté l'hystérectomie qu'elle n'a supporté la manœuvre de Simpson.

2. Placentas latéraux ayant nécessité une hystérectomie

Nous en avons donné déjà les deux observations (observations 4 et 7). Dans les 2 cas c'est l'abondance de l'hémorragie qui a fait décider de l'intervention, surtout qu'il s'agissait dans les 2 cas d'enfants vivants et viables.

LA MORTALITÉ

1. Maternelle

Sur 75 cas d'insertions vicieuses, nous avons eu 8 décès de femmes.

De quoi ces femmes sont-elles mortes ?

1. Dans la majorité des cas (4 fois pour nos observations) *la femme meurt d'hémorragie*.

Dans 2 cas il s'agissait d'une hémorragie si abondante qu'on s'est résolu à faire une césarienne avec hystérectomie pour lier les pédicules utérins et arrêter ainsi définitivement l'hémorragie.

Les deux fois on a adjoint à l'intervention toute la thérapeutique habituelle des hémorragies graves : sérum, huile camphrée et surtout transfusion. Une des femmes a reçu deux transfusions : l'une avant, l'autre pendant l'intervention au cours de laquelle, malgré tout, elle a succombé.

Le 3^e cas fut traité par césarienne vaginale. Voici son observation :

OBSERVATION 15

Mme B... Marcelle, 4^e pare de 26 ans, est admise à la salle de travail le 5 août 1928 après être restée 5 jours au dortoir où elle a saigné peu abondamment mais sans arrêt.

Elle a 3 enfants vivants, bien portants.

Grossesse actuelle, D. R. le 4 décembre.

A l'examen : présentation élevée, dilatation 2^e, membranes intactes, auscultation positive,

Toute la soirée la femme perd des caillots, la dilatation reste sensiblement la même.

L'état général s'altère, on décide d'intervenir.

Césarienne vaginale. Extraction d'un premier enfant vivant pesant 2.120 gr.. Le 2^e enfant ne peut être ranimé. Délivrance artificielle immédiate.

Après l'intervention la femme continue à saigner abondamment. On lui fait de l'huile camphrée, de l'ergotine, de l'hypophyse, du sérum.

Elle est très agitée, se sent mal. On la réchauffe sans cesse. Elle meurt pendant la transfusion.

On voit ici que, malgré l'intervention, la malade a continué à saigner. C'est là le gros inconvénient des interventions par voie basse : c'est qu'on ne peut vérifier par la vue l'état du segment inférieur où s'est inséré le placenta et que, parfois, des déchirures, qu'on aurait vues en faisant une césarienne suprasymphysaire, passent inaperçues et continuent à saigner. Ajoutons à cela que, dans la césarienne vaginale, la section du col et du segment inférieur peut donner lieu également à une hémorragie grave chez une femme qui a perdu déjà une grosse quantité de sang.

La 4^e observation est la suivante :

OBSERVATION 16

Mme T... Raymonde, secondipare de 19 ans, est admise à la salle de travail le 2 mai 1930 pour hémorragie.

Une grossesse normale en 1928.

Grossesse actuelle, D. R. le 16 septembre.

Elle a présenté des pertes sanguines légères mais continues depuis la fin du mois de mars.

A l'examen : utérus de 7 mois 1/2 environ, auscultation négative. Le toucher permet de reconnaître une dilatation de 2^e environ et ramène une grosse quantité de caillots.

On met la femme en déclive. Sérum physiologique. Sérum de Normet intraveineux.

L'hémorragie continue.

4 heures après : dilatation complète. Version podalique. Extraction d'un enfant mort et macéré pesant 2.560 gr. Délivrance artificielle immédiate. Placenta chair à saucisse inséré latéralement.

La femme fait de l'inertie utérine et continue à saigner. Ergotine, sérum de Normet, ouabaïne, massage de l'utérus, tamponnement intra-utérin.

La femme meurt 2 h. 1/2 après l'intervention.

Ici, le fait que la femme était à dilatation complète, qu'il s'agissait d'une insertion latérale du placenta, que le fœtus était mort, a fait préférer la voie basse. Après l'extraction de l'enfant et la délivrance, devant la persistance de l'hémorragie, il aurait peut-être été indiqué de pratiquer une hystérectomie qu'une transfusion préalable aurait peut-être rendu possible.

2. Dans d'autres cas *la femme meurt de shock*, alors que, pourtant, l'hémorragie est arrêtée.

Nous avons recueilli 3 observations.

Un cas de césarienne supra-symphysaire :

OBSERVATION 17

Mme D... Geneviève, secondipare de 25 ans.

Un accouchement artificiel en 1925, enfant mort-né, 2 avortements en 1927 et 1928 dont un provoqué au terme de 4 mois pour hémorragie.

Grossesse actuelle, D. R. le 17 août.

Une première hémorragie apparaît brusquement le 14 mai 1929. Elle est hospitalisée et saigne encore près de 48 heures d'une façon presque continue.

Le 18 mai une nouvelle hémorragie très abondante oblige à intervenir. La femme est à terme, l'enfant est vivant, la dilatation à 1^{re} permet de sentir un placenta central. On fait une césarienne supra-symphysaire.

Enfant vivant pesant 2.980 gr.

Placenta : 510 gr.

La femme ne saigne plus, mais se shocke. On fait du sérum intraveineux, une transfusion.

Elle meurt 25' après l'intervention.

Enfant décédé au 11^e jour.

Dans ces cas de shock, bien souvent, toute thérapeutique est vaine, et si la transfusion sanguine peut faire des miracles lorsqu'il s'agit d'hémorragie, elle reste malheureusement souvent inefficace dans les cas de shock.

Un cas de césarienne vaginale :

OBSERVATION 18

Mme M... Rosa, tertipare de 34 ans.

2 enfants vivants, bien portants.

Grossesse actuelle, D. R. le 28 juillet.

Elle est admise à la salle de travail le 1^{er} mai 1926 pour hémorragie très abondante. La présentation est haute et mobile, la dilatation 5^e.

L'hémorragie continue de plus en plus inquiétante, commandant l'intervention.

Césarienne vaginale. Extraction après version d'une fille vivante pesant 3.250 gr.

Délivrance artificielle immédiate.

La femme ne saigne plus, mais le poulx est petit, très rapide, les extrémités sont froides.

Sérum intraveineux, huile camphrée. Le shock persiste. Transfusion. La femme meurt 1 heure après l'intervention.

Enfin un cas de Simpson : observation 14.

Nous avons donc là 7 cas de mort maternelle, dont 4 ont été traités par voie basse. Peut-on penser qu'on aurait eu de meilleurs résultats en ayant recours à la voie haute ?

Autant il est logique de le croire, en ce qui concerne les 2 cas de mort par hémorragie, autant il est impossible de conclure pour les 2 cas de shock, car il est vraisemblable que ces deux dernières femmes se seraient shockées quelle que soit la thérapeutique à laquelle on ait fait appel.

3. Restent les cas où *la femme meurt d'infection*, cas autrefois si fréquents dans l'insertion vicieuse du placenta. En fait nous n'apportons ici qu'une observation : Mme F., observation 10.

Comme nous l'avons déjà vu, une hystérectomie dans ce cas eût peut-être été indiquée.

Sur ces 8 cas de mort nous en avons eu donc :

3 traités par voie haute ;

5 traités par voie basse.

Il est juste de dire que 2 des cas traités par voie haute étaient absolument désespérés. Et, dans l'ensemble, on peut dire que, pour la mère, la voie haute donne une sécurité infiniment plus grande, et l'étude des observations nous a montré dans quelles conditions on peut élargir le cadre de ses indications.

2. Foetale

Sur 75 observations nous avons eu 25 cas de mort foetale.

— sur 27 interventions par voie haute :

7 enfants ont succombé, soit qu'ils n'aient pu être ranimés, soit qu'ils soient morts dans les suites de couches.

Mortalité 29 0/0.

— sur 48 cas traités par voie basse :

18 enfants sont mort-nés, ou morts dans les suites de couches.

Mortalité 37,5 0/0.

Pour l'enfant comme pour la mère la voie haute améliore donc considérablement le pronostic.

Il est certain que dans les 16 cas de placenta central, traités par une césarienne supra-symphysaire, nous n'aurions vraisemblablement pas eu 12 enfants vivants si on avait laissé les choses suivre leur cours.

Est-ce à dire qu'il faille, pour l'enfant, élargir le cadre des indications de la voie haute comme nous avons vu qu'on pouvait le faire pour la mère ?

La question se pose ici de façon différente.

En effet, parmi les cas traités par voie basse, sur les 18 décès d'enfants nous comptons 14 prématurés, non viables, dont le poids était inférieur à 1.500 gr. et la césarienne supra-symphysaire ne pouvait, en l'occurrence, se discuter.

Sur les 4 autres cas, 2 n'étaient également pas à terme et, bien que la grossesse ait été plus avancée, leur viabilité était trop douteuse pour faire décider la césarienne, alors qu'elle n'avait pas d'autre indication.

Enfin, dans les 2 derniers cas, l'auscultation était négative : c'est ce qui a fait choisir la méthode de Braxton-Hicks.

Il peut se faire, cependant, bien que le cas ne se soit pas présenté dans nos observations, qu'on se trouve en présence d'une grossesse à terme avec enfant vivant chez une femme qui désire absolument un enfant et qui préfère la césarienne, non vraiment indiquée par le siège du placenta, ni par la gravité des accidents, mais pour avoir la certitude que l'enfant ne succombera pas au cours de manœuvres obstétricales toujours plus ou moins traumatisantes pour le fœtus.

CONCLUSIONS

Quelle que soit la méthode à laquelle on aura recours pour lutter contre les hémorragies liées aux insertions vicieuses du placenta, elle aura pour but l'évacuation de l'utérus dans le plus bref délai, car le seul véritable agent d'hémostase de l'utérus c'est la fibre utérine elle-même à condition que l'organe soit vide. La méthode qui obtiendra ce résultat le plus rapidement possible et avec le moins de risque sera donc la méthode d'élection.

Le traitement obstétrical permet, dans la plupart des cas, de juguler l'hémorragie.

Néanmoins, les résultats de la césarienne, employée plus fréquemment dans ces dernières années, ont permis d'améliorer le pronostic tant maternel que fœtal de cet accident.

Malgré tout, ces indications restent limitées :

- 1) aux cas où le diagnostic de placenta recouvrant a pu être fait au début du travail dès que l'orifice utérin est suffisamment dilaté pour qu'on puisse le reconnaître ;
- 2) aux hémorragies abondantes, mais surtout répétées, d'autant plus s'il s'agit d'une primipare chez qui les méthodes obstétricales ne permettent pas d'escompter une dilatation rapide du col ;
- 3) aux cas de dystocies complexes, l'état de la filière pelvienne laissant prévoir des difficultés sérieuses pour terminer l'accouchement par les méthodes obstétricales.

La méthode de choix paraît être la césarienne segmentaire qui manifeste ici toute la supériorité qu'on lui reconnaît habituellement sur la césarienne corporéale.

On recourra à l'hystérectomie :

- 1) en cas d'hémorragie très grave qu'il est nécessaire de juguler dans le minimum de temps ;
- 2) en cas d'infection :
 - soit nettement déclarée ;
 - soit très probable quand des manœuvres ont été tentées antérieurement pour terminer l'accouchement par voie basse.

**Vu le Doyen
BALTEHAZARD**

**Vu le Professeur
JEANNIN**

**Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
L. CHARLETY**

CAHORS, IMP. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 43.544



